

Outil 2 PAAM

Outil 2 Fiche de recueil des informations pour l’inclusion et suivi du patient à l’auto-administration de ses médicaments

Exemple de guide d’entretien

Étiquette patient

Date :

Service :

Entretien réalisé par :

Objectifs : Recueillir les critères d’inclusion obligatoires du patient pour l’auto-administration de ses médicaments

**Vous prenez habituellement des médicaments chez vous à la maison, souhaitez-vous continuer à gérer tout ou partie de vos médicaments tout en étant hospitalisé ?**

Oui Non Ne sais pas

**☞Si oui ou ne sais pas, poursuivre**

**Vos habitudes de vie à domicile**

1. **Quelle est la gestion des médicaments à domicile ?**

❒Préparez-vous vous-même les médicaments que vous devez prendre ? Le faites-vous seul ?

* Si non, faire préciser par qui ? Tous les jours, ponctuellement ?

❒Utilisez-vous un pilulier ?

* Si oui, il est préparé pour la journée, pour la semaine ?
* Si non, autre moyen, précisez ? À partir des boîtes ? Sans méthode particulière ?

❒Avez-vous des difficultés avec certains médicaments, pour les avaler, compter les gouttes, les couper, etc. ?

❒Quelqu’un est-il présent avec vous au moment où vous devez les prendre ?

❒Où rangez-vous vos médicaments à la maison ? (stock mutualisé, séparé, autre..)

1. **Votre environnement à domicile  ?**

Combien de personnes vivent au domicile ?.......................................................

Les personnes vivant au domicile prennent-elles aussi des médicaments ? Comment cela se passe-t-il ? Quelles sont les solutions possibles pour stocker de manière sécuriser les médicaments ? etc.

**Les conditions d’hygiène et de sécurisation du stockage des médicaments pourront être respectées**

**Vos compétences relatives à vos médicaments**

Pouvez-vous nous dire quel(s) médicament(s) vous prenez, pourquoi vous les prenez, combien de fois par jour, etc.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Connaît ses médicaments (sait les nommer par leur nom) | Oui | Non |
| Sait indiquer la dose | Oui | Non |
| Sait indiquer à quel moment les prendre | Oui | Non |
| Sait dire pourquoi il prend ce médicament | Oui | Non |
| Peut lire l’ordonnance ou le plan de prise, l’étiquette | Oui | Non |
| Manipule les médicaments sans problème (ex. déblistérer, ouvrir les emballages) | Oui | Non |
| A la faculté de s’exprimer pour comprendre et se faire comprendre | Oui  Nombre total de oui = | Non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Score 7-6 = Compétence élevée | Score 5-3= Compétence modérée | Score 2-0 = Compétence faible |

**Votre adhésion médicamenteuse (Exemple avec le questionnaire de Girerd)**

**Le questionnaire de Girerd est utilisé pour apprécier et mesurer l’observance médicamenteuse d’un patient. Il comporte 6 questions. Chaque réponse positive vaut 1 point**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Ce matin avez-vous oublié de prendre vos médicaments ? | Oui | Non |
| 1. Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ? | Oui | Non |
| 1. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l’heure habituelle ? | Oui | Non |
| 1. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? | Oui | Non |
| 1. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l’impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? | Oui | Non |
| 1. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?   Nombre total de oui = | Oui | Non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Score 0 = Bonne observance | Score 1-2 = Minime problème d’observance | Score ≥ 3 = Mauvaise observance |

**Évaluation de la complexité médicamenteuse**

Les facteurs qui augmentent la complexité :

* + - la polymédication avec plus de 5 médicaments prescrits ;
    - une fréquence de prise supérieure à 3 fois par jour ;
    - des changements fréquents de prescription (médicament et/ou dose) ;
    - l’existence de plusieurs modes d’administration ;
    - les médicaments qui ont une posologie particulière ;
    - la substitution de médicaments entre eux ;
    - la préparation complexe du médicament en une forme administrable ;
    - le médicament à risque.

**3 questions clés à aborder avec le patient pour définir les médicaments concernés :**

1. Existe-t-il un médicament à risque ?

2. Certains traitements ont-ils des modalités d’administration particulières ?

3. La posologie des traitements est-elle stabilisée ?

**Évaluation des facteurs de risque patient**

**Ces items sont recueillis et importés *via* le dossier patient, si possible**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Des troubles cognitifs\* (mémoire, maladie d’Alzheimer, désorientation temporo-spatiale, etc.) | Oui | Non |
| Des troubles moteurs\* (des membres supérieurs, l’empêchant de prendre ses  traitements, de la vue, prendre et manipuler, etc.) | Oui | Non |
| Des troubles de la vigilance\* (somnolence, confusion, troubles post-anesthésie, etc.) | Oui | Non |
| Des troubles psychiatriques\* (dépression grave, trouble bipolaire, troubles obsessionnels compulsifs, etc.) | Oui | Non |
| Un risque suicidaire\* | Oui | Non |
| Des troubles de la déglutition\* | Oui | Non |
| Patient en sevrage (sevrage alcoolique, etc.)\* | Oui | Non |
| Compléter par tout autre facteur de risque identifié par l’équipe soignante |  |  |

**\* Tous les items avec un astérisque sont obligatoires.**

Un des facteurs présents est-il bloquant ? À discuter avec le patient et l’équipe

**Bilan de l’entretien initial**

**Bilan de l’entretien initial**

|  |  |
| --- | --- |
| **Problématiques mises en évidence** | **Point de vue du patient** |
|  | **Demander au patient s’il a des questions ou remarques** |

**Processus décisionnel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sélectionner le niveau** | **Niveau 0** | **Niveau 1 Fait AVEC** | **Niveau 2 Fait SEUL** |

**☞Supprimer les colonnes inutiles)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rappeler qui fait quoi** | **Niveau 0** | **Niveau 1** | **Niveau 2** |
| Préparation de la dose (si nécessaire) | L’infirmière (IDE) | Patient accompagné ou  IDE | Patient |
| Prise du médicament | Patient accompagné | Patient |
| Traçabilité de la prise | IDE | Patient et IDE |
| Surveillance | IDE | Patient et IDE |

**☞Liste des médicaments relevant du PAAM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liste des médicaments** | **Remarques éventuelles** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Date décision médicale favorable : …… /…… /………

Durée : ……………………………….

**Consentement du patient**

❒ J’ai lu et compris la notice d’information destinée aux patients intitulée « Patient en auto-administration de ses médicaments »

❒ Je confirme ma participation

❒ Je m’administrerai moi-même le(s) médicament(s) sélectionné(s) de commun accord avec le médecin **sous supervision (à retirer si niveau 2)**

❒ Je conserverai les médicaments selon les consignes qui me sont données par le service

❒ Mes compétences sont réévaluées de manière régulière, afin de déterminer mon maintien ou pas dans ce dispositif

❒ À tout moment de mon séjour, je peux me rétracter

❒ À tout moment de mon séjour, l’équipe médicale peut modifier, suspendre temporairement ou définitivement mon PAAM

Signature (pas obligatoire) : Date :

**Suivi et réévaluation**

Celui-ci est évolutif en fonction de l’évolution de l’état de santé du patient, de la stabilité du traitement médical, de l’introduction de nouveaux médicaments et des réévaluations de l’adhésion du patient.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entretiens programmés** | **Date T0** | **Date T1** | **Date T2** | **Date T** | **Date T** |
| **Mise en situation**  Obligatoire pour le Niveau 2 | **…../…../…..** | Si besoin | Si besoin |  |  |
| **Suivi et réévaluation** | | **…../…../…..** | **…../…../…..** | **…../…../…..** | **…../…../…..** |

**Suivi n° 1**

**Avez-vous rencontré des difficultés particulières ?**

Satisfaction du patient, adhésion, EI

**Introduction de nouveaux médicament(s) et/ou changement(s) clinique(s) ?**

☞Si oui, alors, point en équipe avec analyse des médicaments, situation clinique, accord PAAM et évaluation compétence et adhésion

**Décision**

**Maintien dans le niveau ………**

Pas de problème particulier, continuité avec traçabilité dans le dossier du patient et information de l’équipe

**Souhait d’upgrader le niveau :** Du niveau …. au niveau ….

Traçabilité dans le dossier du patient, suivi d’un protocole PAAM, et validation médicale favorable

*Par exemple, passage d’un niveau 1 à un niveau 2*

**Souhait de rétrograder le niveau :** Du niveau …. en niveau ….

Traçabilité dans le dossier du patient, suivi d’un protocole PAAM, et validation médicale favorable

*Dégradation de l’état clinique ou instabilité, oublis fréquents, ne veut plus, introduction d’un nouveau médicament nécessitant un renforcement éducatif, etc.*

**Ne sais pas, résultats mitigés, avis réunion d’équipe**